



MISURARE PER MIGLIORARE: IL CRUSCOTTO INDICATORI DELL'ASS n° 3 "ALTO FRIULI"

dott.ssa Ivana Burba (SOS Pianificazione Controllo Direzionale), dott.ssa Paola Zuliani (SOS Qualità Accreditamento e Rischio Clinico)



INQUADRAMENTO: Nell'ambito del percorso di accreditamento all'eccellenza secondo gli standard *Joint Commission International* sono stati individuati n°17 indicatori riferiti all'area clinica, n° 8 indicatori relativi agli *International Patient Safety Goals (IPSG)* e n° 10 indicatori riferiti all'area manageriale.

OBIETTIVO: oggettivare le performance aziendali, sistematizzarle in un unico sistema di reportistica da diffondere nelle strutture interessate, valutare le aree di criticità e intraprendere le azioni di miglioramento e successivamente verificarne i risultati.

MATERIALI E METODI: gli indicatori sono stati identificati sulla base dei seguenti criteri: alto rischio per il paziente, grandi volumi di attività, problematiche note ma non misurate, disponibilità delle informazioni. Gli indicatori sono stati concordati con gli specialisti/esperti della materia e per ognuno di essi è stata elaborata una "scheda indicatore" dove oltre alle classiche informazioni (fonti, numeratore, denominatore, esclusioni, frequenza rilevazione....) è stata predisposta una flow-chart di calcolo. Tutti i dati raccolti da flussi informativi non certificati hanno subito un processo di validazione tramite rilevazione in doppio cieco e valutazione della concordanza con test K di Choen.

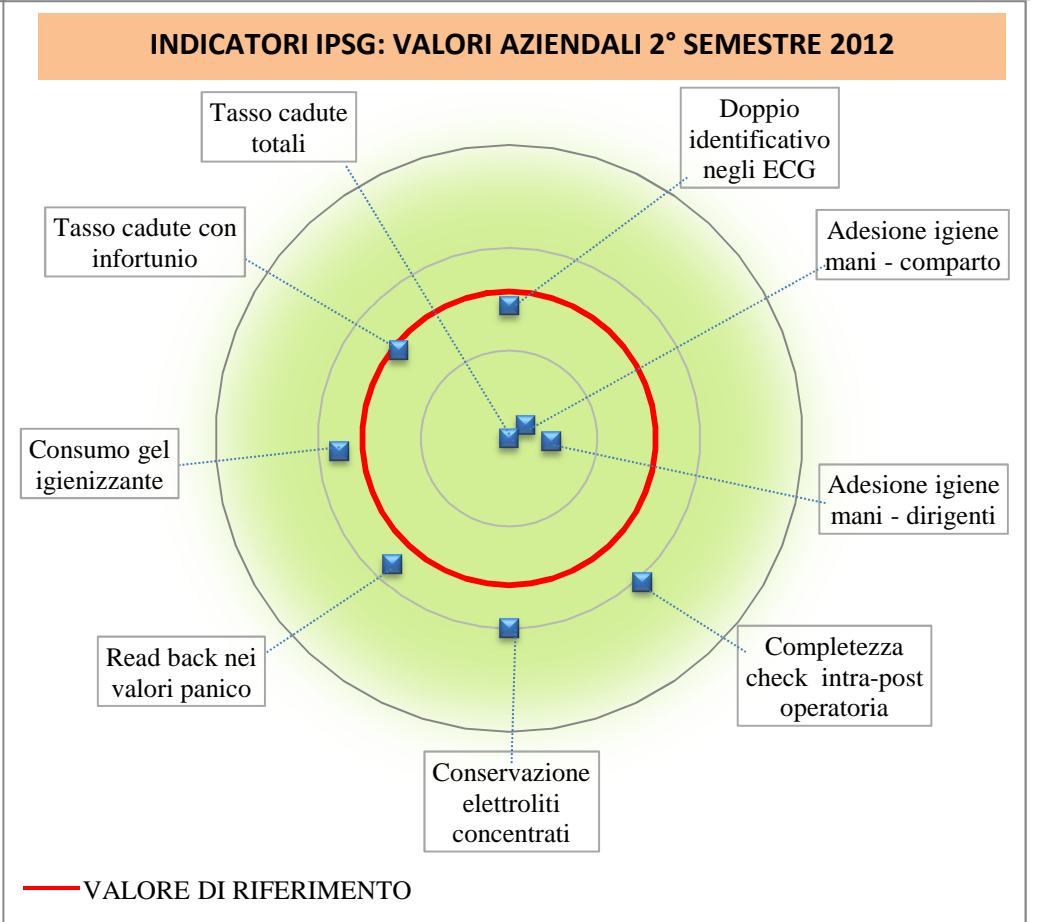
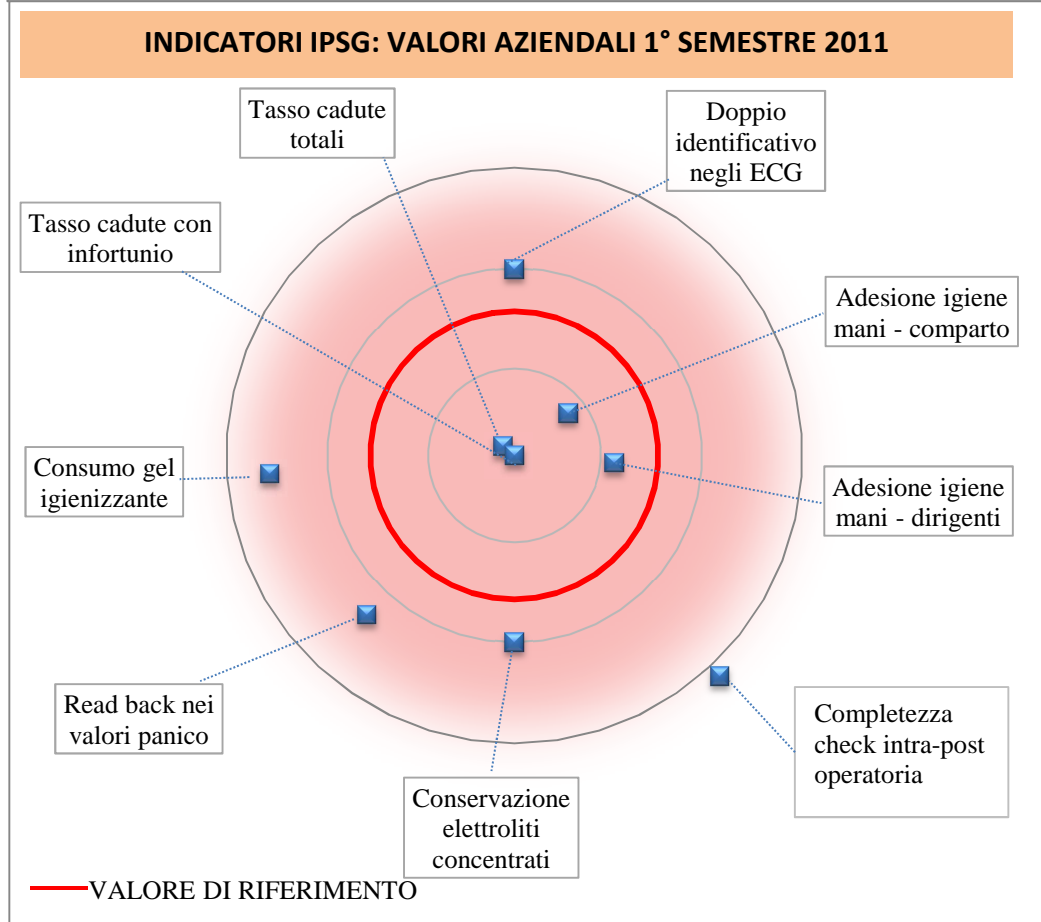
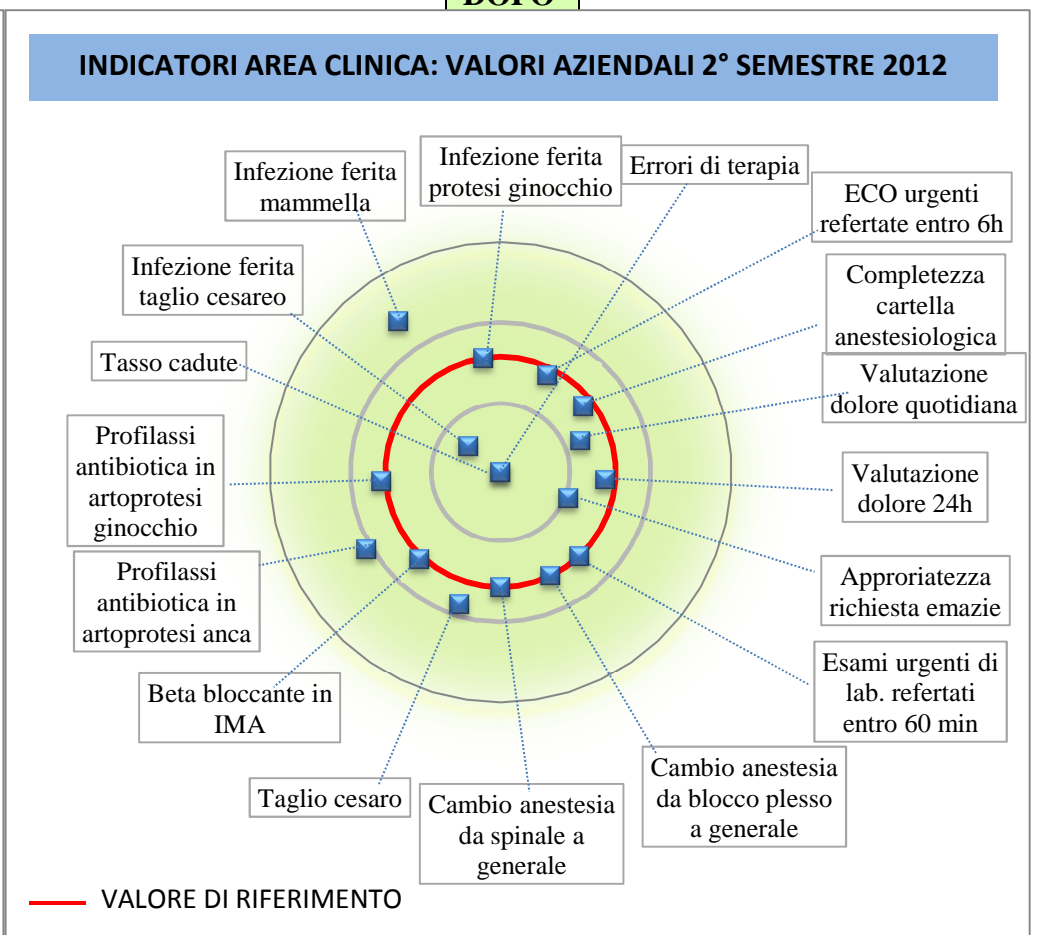
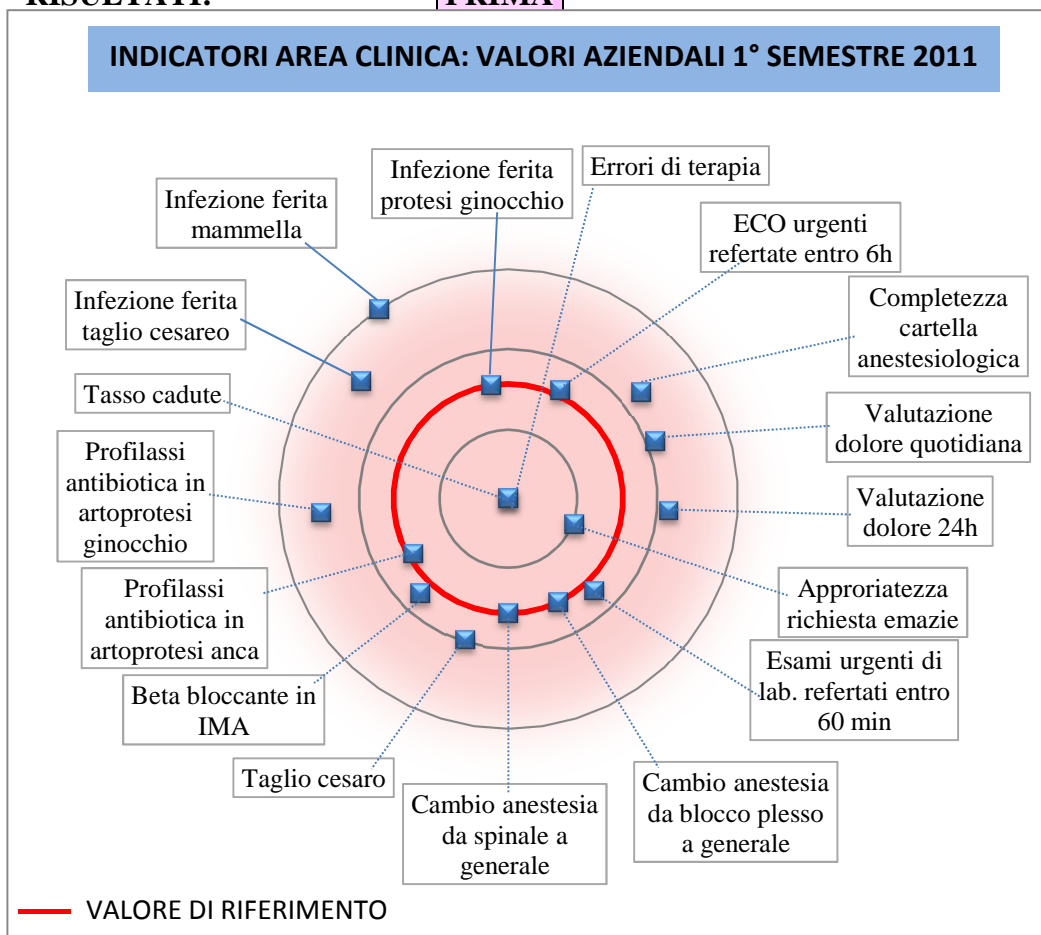
Gli indicatori sono stati illustrati ai referenti della qualità di ogni reparto e diffusi sia tramite intranet sia tramite la costruzione di poster riepilogativi personalizzati per ogni reparto che sono stati affissi nelle bacheche di ogni unità organizzativa. A fronte delle criticità rilevate sono stati effettuati degli approfondimenti sull'argomento e in seguito sono stati definiti e attuati dei piani di miglioramento.

I risultati degli indicatori e il valore di riferimento sono stati normalizzati a 1. **Valore di riferimento = 1** e corrisponde al cerchio rosso; se **valore indice ≥ 1** il quadrato blu è all'interno del cerchio rosso o sovrapposto ad esso (**indicatore raggiunto**); se **valore indice < 1** il quadrato blu è posizionato al di fuori del cerchio rosso (**indicatore non raggiunto**). Le distanze dal centro del bersaglio non sono confrontabili tra i diversi indici perché dipendono dal valore di riferimento previsto per ogni indicatore.

RISULTATI:

PRIMA

DOPO



CONCLUSIONI: "Misura ciò che è misurabile. Ciò che non è misurabile rendilo tale" (G.Galilei). La definizione dell'indicatore con una scheda e una flow chart ha garantito la trasparenza del metodo e la riproducibilità delle elaborazioni. La diffusione e condivisione dei risultati ha portato a progressivi miglioramenti delle performance.

Si ringrazia per la gentile collaborazione la sig.a Catrine Zolia e la dott.ssa Patricia Cragnolini della SOS Pianificazione Controllo Direzionale dell'ASS3 "Alto Friuli"